



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA**

VANESSA ANDRÉA DE SOUZA CARNEVALE

**O elo entre Saúde Coletiva e Mental:**

**A função do sanitarista na execução de boas práticas na Atenção  
Psicossocial do Distrito Federal**

Brasília  
2016

VANESSA ANDRÉA DE SOUZA CARNEVALE

O elo entre Saúde Coletiva e Mental:

A função do sanitarista na execução de boas práticas na Atenção  
Psicossocial do Distrito Federal

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Ceilândia (FCE), como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva

Brasília  
2016

VANESSA ANDRÉA DE SOUZA CARNEVALE

O elo entre Saúde Coletiva e Mental:

A função do sanitarista na execução de boas práticas na Atenção  
Psicossocial do Distrito Federal

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Ceilândia (FCE), como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. **Érica Quinaglia Silva** (FCE/UnB)

---

Profa. Dra. **Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva** (FCE/UnB)

---

Psicóloga e Especialista em Teoria Psicanalítica **Jacqueline Reis Demes** (TJDFT)

Dedico este trabalho a todas as pessoas com transtornos mentais que morreram trancafiadas em instituições manicomiais e não tiveram o direito de viver dignamente.

**“A liberdade é terapêutica.”**

Franco Basaglia

## AGRADECIMENTOS

Creio que nada seria possível sem as providências divinas na minha vida. Por isso, agradeço primeiramente a Deus por todas as maravilhas, por ter me dado força, perseverança e saúde para concluir este trabalho. Agradeço também a Nossa Senhora, que intercedeu por mim e pelas minhas dificuldades durante todo esse período de graduação.

Aos meus pais (Sérgio e Rejane) e irmãos (Júnior e Anna Clara) que, sem dúvidas, foram e sempre serão a minha base, a minha estrutura e a minha fortaleza para enfrentar e vencer todas as minhas lutas. Agradeço por toda a paciência, por me entenderem nos meus momentos de desespero e por tudo o que fizeram para que eu chegasse até aqui. Sem vocês, eu não seria nada. Pai e mãe espero, um dia, poder retribuir tudo o que fizeram e fazem por mim e por meus irmãos. Quem dera se por um descuido, Deus os fizesse eternos.

Aos meus avós paternos (Francisco e Iracy) e maternos (Manoel e Maria da Paz), que são o alicerce da minha família, portanto, o meu alicerce. Agradeço por serem fantásticos e por não medirem esforços para agradar aos seus netos. Mesmo com toda a distância geográfica que nos impede de estarmos mais próximos, sinto que sempre estão perto de mim. Sonhando os meus sonhos e lutando as minhas lutas. Agradeço também ao seu Ferreira (*em memória*) e à dona Edna (*em memória*), meus “avós de Brasília”, que acolheram a mim e aos meus irmãos, nos amando e nos tratando muito bem, como se fôssemos seus netos de sangue. Como é grande o meu amor por todos vocês.

Não posso deixar de agradecer a todos os meus familiares (família Carnevale, família Barros e família Ferreira), que, por serem muitos, não terei como citar nome por nome, mas cada um de vocês sabe a importância e o significado que tem na minha vida. Agradeço por sempre estarem ao meu lado, acreditarem e torcerem pelo meu sucesso. Quem tem família, tem tudo. E eu tenho a melhor do mundo. Se existe um amor incondicional, é o de família.

Aproveito para agradecer também aos meus padrinhos (Gilson e Raimundinha) e madrinhas (Luciene e Cirley), que, apesar da distância, sei que torcem por mim e para que eu cumpra todos os meus objetivos. Não fui eu quem os escolhi, Deus que os colocou na minha vida para serem meu segundo pai e minhas segundas mães, e eu amo muito cada um de vocês.

Às princesas que a graduação me deu e que levarei para sempre na minha vida: Natália, Stela e Sarah. Não seria possível chegar ao final dessa etapa, se vocês não estivessem comigo. Mais do que ninguém, só vocês entendem tudo o que passamos, enfrentamos e vencemos juntas nesses anos de faculdade. Sei que nada é por acaso, e, se for, vocês foram o acaso mais lindo que me aconteceu na UnB. Obrigada por tudo!

Aos meus amigos e amigas que foram fundamentais para que eu chegasse ao fim dessa etapa. Agradeço por toda a paciência, compreensão e torcida. Seria injusto citar nomes, mas cada um sabe a diferença particular que faz na minha vida. Obrigada por cuidarem tão bem de mim e pelo amor. Os melhores amigos do mundo, eu sei que tenho.

Aqueles que me conhecem, sabem que sempre tive o sonho de ser aluna da Universidade de Brasília. Alguns acompanharam de perto toda a minha trajetória até conseguir atingir o meu objetivo. Hoje, me despeço da graduação com o coração na mão, mas com a missão cumprida e gostinho de quero mais. Foi neste lugar que cresci e amadureci tanto profissionalmente, como pessoalmente e que me apaixonei pelo meu curso. Não me vejo sendo outra coisa, que não seja sanitarista. E devo isso a cada um dos meus professores, pessoas incríveis que têm o dom de ensinar e a sede de semear a semente que nos foi plantada. Levarei para sempre comigo cada ensinamento.

E um agradecimento especial para a minha orientadora, Érica Quinaglia. Pessoa encantadora, educada, dedicada, responsável, exigente e inteligente. Obrigada por toda a preocupação, zelo e cuidado que teve comigo e com o meu trabalho. Por ter me guiado, me incentivado e me encorajado. Palavras não são e nunca serão suficientes para lhe agradecer por tudo. Foi uma honra ser sua orientanda!

Não poderia deixar de citar cada uma das pessoas maravilhosas que conheci através da pesquisa de campo. Os idealizadores do Paili (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), que não mediram esforços para colaborar e abrilhantar a pesquisa. Agradeço de coração!

Finalmente, agradeço à Profa. Dra. Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva (FCE/UnB) e à Psicóloga e Especialista em Teoria Psicanalítica Jacqueline Reis Demes (TJDFT), membros da banca examinadora, pela disponibilidade de participar e pelas contribuições pessoais acerca do trabalho de conclusão de curso.

“Antes que você torça o nariz e sinta náuseas diante das faces grotescas e corpos arruinados pelos hospícios e pela vida, saibam que, pelo avesso, eles falam de beleza, saúde, alegria, bem-estar e esperança.

Compare-se a estas pessoas (sim, são pessoas, membros da nossa espécie \_homo sapiens\_ gerados entre ventres humanos) e descubra que a sua ocasional infelicidade é insignificante, que sua ligeira depressão é frescura, que suas rugas são lindas e que o mundo chato em que você vive é o paraíso.

Estes infelizes existem para lembrá-lo que sua felicidade é mais real do que você imagina. Sinta-se igual a eles. Você é apenas o outro lado da moeda...”

Edson Brandão



CARNEVALE, Vanessa Andréa de Souza. **O elo entre saúde coletiva e mental: a função do sanitarista na execução de boas práticas na rede de atenção psicossocial**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2016.

## **RESUMO**

O objetivo deste trabalho foi o de mostrar a importância do papel do sanitarista na realização de programas de (re)inserção de pessoas com transtornos mentais em centros de convivência e cultura, Centros de Atenção Psicossocial e demais serviços de uma rede da qual a comunidade faça parte. Para a sua constituição, foram realizadas entrevistas com os profissionais de um dos serviços ofertados no Estado de Goiás, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Nesse contexto, é ressaltada a importância do papel do sanitarista não apenas no planejamento, na (re)formulação e na implementação de políticas públicas e ações de saúde, como também, e por conseguinte, na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais. O sanitarista pode (e deve) atuar na realização de programas de (re)inserção dessa população em centros de convivência e cultura, Centros de Atenção Psicossocial e demais serviços de uma rede da qual a comunidade faça parte. Em última análise, a execução de boas práticas na Atenção Psicossocial intenta efetivar o que está preconizado nas Leis nº 8.080/1990 e nº 10.216/2001, que resguardam a atenção à saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, entre eles as pessoas com transtornos mentais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Sanitarista; Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica.

## **LISTA DE SIGLAS**

ATP - Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DF - Distrito Federal

FCE - Faculdade de Ceilândia

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IBRAPSI - I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PFDF - Penitenciária Feminina do Distrito Federal

PNH - Política Nacional de Humanização

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UnB - Universidade de Brasília

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - Tipos de internação compulsória.....34

QUADRO 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....38

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Rede de Atenção Psicossocial.....	40
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
4.1 O nascimento da loucura.....	23
4.2 A reforma psiquiátrica no Brasil.....	26
4.3 A construção de políticas em saúde mental na legislação brasileira.....	29
4.4 Periculosidade e Medidas de Segurança.....	33
4.5 A desinstitucionalização é questão de humanização.....	35
4.6 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a formação do Sanitarista.....	37
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>9 ANEXOS.....</b>	<b>61</b>
9.1 Anexo 1: Parecer Consubstanciado CEP/IH.....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo mostrar a importância do papel do sanitarista na realização de programas de (re)inserção de pessoas com transtornos mentais em centros de convivência e cultura, Centros de Atenção Psicossocial e demais serviços de uma rede da qual a comunidade faça parte.

Ao longo de 67 anos, a legislação psiquiátrica brasileira, elaborada em 1934, não assegurava direito algum às pessoas em sofrimento mental. Essa condição só foi modificada em 2001, quando foi aprovada a Lei nº 10.216, de 6 de abril, que se refere à proteção e aos direitos das pessoas em sofrimento mental, alterando o modelo de assistência em saúde mental (CORREIA, 2011).

Erving Goffman (2010), na obra *Manicômios, prisões e conventos*, descreve o regime de vigilância e punição que conduz as relações entre a equipe dirigente e o mundo dos internados em instituições totais, que são instituições caracterizadas pelo fechamento em relação à sociedade circundante. Nessas instituições, há uma mortificação paulatina do “eu”. A comparação entre a sobrevivência nas mencionadas instituições totais e a vivência em comunidade é desleal.

No âmbito da saúde mental, a desinstitucionalização foi (e continua a ser) a tônica da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sustenta que a atenção à saúde, que é dever do Estado e direito de todos os cidadãos deve ser dada no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Também a Lei nº 10.216, supracitada, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 4º, afirma que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Essa lei proíbe, ainda, a internação em instituições com características asilares. O tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social da pessoa em seu meio. Por fim, seu artigo 5º prevê a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida nos casos de grave dependência institucional, decorrente de quadro clínico severo ou da ausência de suporte social (BRASIL, 2001).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um assunto importante para a pauta dos gestores e formuladores das políticas de saúde é a formação de Redes de Atenção Psicossocial. A ideia dessa discussão é a de que não existem, na área da saúde, tecnologias e até mesmo profissionais que atuem na execução do cuidado sem a contribuição dos saberes de outros. Portanto, diante da necessidade de troca de saberes

e da atuação multiprofissional, dando uma atenção integral à pessoa com transtorno mental e considerando que ela deve ser reconhecida biopsicossocialmente, a Rede de Atenção Psicossocial se torna fundamental para o trabalho voltado ao cuidado em saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Deste modo, a Rede de Atenção Psicossocial tem o papel de criar, ampliar e articular locais de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Diante disso, no ano de 2003, o Estado de Goiás criou o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), sob a esfera da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Este programa surgiu com a intenção de realizar um censo das medidas de segurança em atividade no Estado de Goiás. A partir de então, surge o questionamento de que, se a medida de segurança não tem a finalidade de punir, e realmente não tem, o aspecto terapêutico é que deve predominar. Eis que o assunto deixa a sua ligação direta com a segurança pública e é admitido decisivamente pela saúde pública. Com isso, o destino das pessoas com transtorno mental submetidas à internação psiquiátrica compulsória não seria mais a cadeia e nem o manicômio (SILVA, 2010).

Desde 1993, o SUS começou a pleitear novidades no campo administrativo, organizacional e gerencial, impondo, assim, uma nova formulação do conceito das técnicas utilizadas nas instituições de saúde pública, um novo desenho dos métodos de trabalho em saúde e da configuração da formação de novos profissionais que atuam na área da saúde. A formação e o campo de atuação do sanitário possibilitam a ele a função de contribuir como agente promotor da saúde, com foco nas necessidades e nos determinantes em saúde, e colaborando com a busca de alternativas para o fortalecimento dos serviços de saúde, se igualando ao que foi apontado pelo SUS. Portanto, o sanitário tem como missão atuar no planejamento, na gestão, na organização e na avaliação de sistemas e serviços, buscando compreender a singularidade do indivíduo e os determinantes sociais que o identificam (BEZERRA et al, 2013).

Com relação ao referencial teórico, o primeiro capítulo discorre sobre o nascimento da loucura, fazendo uma contextualização desde o seu surgimento (se é que teve alguma época em que ela nunca existiu) até os dias de hoje. No segundo capítulo, será abordada a Reforma Psiquiátrica e a sua repercussão no Brasil, chegando à conclusão de que foi ela, sem dúvidas, o marco essencial da política de assistência à saúde mental. O terceiro capítulo irá tratar sobre a construção de políticas públicas, destacando as principais leis e portarias existentes na legislação brasileira no campo da saúde mental. A periculosidade



e a medida de segurança são o assunto do quarto capítulo, desmistificando a ideia de que o louco é perigoso. No quinto capítulo, será explicitado que desinstitucionalizar o louco, sendo ele infrator ou não, é questão de humanização, devendo ser os direitos humanos de todo e qualquer cidadão respeitados. Por fim, o sexto capítulo, intitulado de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a formação do sanitarista, falará sobre a importância das redes de saúde mental e sobre as atribuições que são dadas ao profissional formado em Saúde Coletiva.

Levando em consideração que o bacharel em Saúde Coletiva é formado para atuar em vários campos da saúde, a questão que estimula a finalidade deste trabalho é: qual é a função do sanitarista na execução de boas práticas no campo da saúde mental?

## **2 OBJETIVOS**

### ***2.1 Objetivo geral***

- O objetivo deste estudo, foi caracterizar a função do sanitarista no planejamento, implementação e supervisão da Rede de Atenção Psicossocial.

### ***2.2 Objetivo específico***

- Conhecer e descrever uma boa prática no Estado de Goiás por meio do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

### 3 METODOLOGIA

A antropologia auxilia bastante na área da saúde, pois possibilita meios para que se pense sobre saúde e doença e a sua associação com questões sociais e culturais, destacando que o saber biológico não é o bastante para que se compreenda como os determinantes sociais influenciam a saúde e a doença da população. Esse campo disciplinar contribui, assim, para uma nova forma de se pensar as políticas de saúde voltadas para as necessidades do indivíduo, levando em consideração suas particularidades, sua subjetividade e sua inserção na sociedade (SANTOS et al, 2012).

De acordo com Minayo (2001), nas ciências sociais a pesquisa em campo se manifesta como uma oportunidade para que o pesquisador se familiarize com o que ele deseja pesquisar, de acordo com a realidade que ele irá encontrar no campo. Mas, para isso, é imprescindível que seja realizada uma boa revisão bibliográfica, processo crucial em qualquer pesquisa. A escolha do campo de pesquisa é a amostra que o pesquisador faz com relação ao objeto que ele quer investigar.

Este estudo concerne à atuação do sanitarista na execução de boas práticas na Atenção Psicossocial do Distrito Federal. A pesquisa de campo foi feita por meio de entrevistas, de natureza qualitativa, com amparo em uma análise documental de leis e portarias e em uma revisão bibliográfica de artigos e dissertações referentes à Rede de Atenção Psicossocial e à saúde mental, em geral.

Para a realização da coleta de dados, foi realizada uma entrevista com o Doutor Haroldo Caetano da Silva, Promotor de Justiça e idealizador do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), com a psicóloga e coordenadora do referido programa, Maria Aparecida Diniz e com a terapeuta ocupacional, Carlene Borges Soares. As entrevistas foram realizadas em maio de 2016 e são caracterizadas como abertas (não estruturadas). Esse programa servirá de modelo para se (re)pensar as boas práticas na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (DF). O trabalho de campo foi realizado em maio de 2016.

Por meio da entrevista, o pesquisador procura conseguir informações através da fala dos participantes. Não é uma simples conversa, pois é, por meio da entrevista, que se conseguem os relatos dos fatos e o conhecimento da realidade do assunto principal do campo. As entrevistas podem ser realizadas individualmente ou em um grupo de pessoas. Podem também ser estruturadas (perguntas elaboradas), não estruturadas (abertas) ou semiestruturadas (conjunto das duas formas citadas acima). No caso, como já

mencionado, nessa pesquisa foram realizadas entrevistas não estruturadas (MINAYO, 2001).

O estudo seguiu todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. As informações coletadas foram utilizadas somente para fins de pesquisa. Os dados levantados serão utilizados exclusivamente em trabalhos e eventos acadêmicos e científicos.

Ao final deste trabalho, segue em anexo (anexo 1) o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB). Quanto ao Consentimento Livre e Esclarecido, ele foi realizado oralmente antes do início das entrevistas.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 *O nascimento da loucura*

É importante, inicialmente, que sejam apresentados alguns conceitos relacionados à loucura e à saúde mental. Apesar de ser muito comum a sociedade apelidar de louca a pessoa que tem algum distúrbio mental, vale ressaltar que a melhor forma de tratamento que essa pessoa deve receber é sendo reconhecida como pessoa com transtorno mental. É sutil a justificativa, mas muito relevante: ao se referir à pessoa como doente mental, louca, portadora de transtorno mental, sofredora psíquica, dentre outros, predomina a doença ao invés da pessoa. Já quando se reporta ao indivíduo como pessoa com transtorno mental, prevalece a pessoa, o ser humano, ao invés da doença (BRASIL, 2011).

É considerável salientar que saúde mental e doença mental são definições que surgem da concepção do bem-estar coletivo (SAMPAIO, 1998). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) não existe um conceito formal no que diz respeito à saúde mental. Isso porque devem ser levados em conta alguns fatores como o meio sociocultural e a subjetividade do sujeito. E, ainda, é necessário que se destaque que a ausência de doença mental não significa uma saúde plena da mente.

A loucura não se opõe à racionalidade ou à normalidade. Ela é interior à razão. Ou seja, a concepção de loucura depende do entendimento de normalidade para um determinado grupo social. Culturalmente, a loucura é, então, definida a partir de um padrão imposto pela sociedade, que define o que é ser normal. Ou seja, a loucura é relacional: ela emerge de um contexto social que assim a caracteriza, ao mesmo tempo em que estipula o seu anverso, a sanidade. (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

Talvez, acreditar que a loucura esteja centrada no sujeito e, daí, tachar o louco de monstro concentra a ideia de perigo para um indivíduo, do qual é retirada a dignidade humana, e isenta a sociedade de repensar seus mecanismos de construção da loucura e consequente marginalização.

Deste modo, quer se estigmatize a pessoa com transtorno mental como doente e a loucura como uma falta de conhecimento da gravidade dos atos praticados, quer se considere a loucura como uma maneira de perceber a realidade dos fatos e a pessoa louca como aquela que tem a capacidade de enxergar os acontecimentos do mundo e da sociedade com os olhos da verdade, tanto de uma maneira quanto de outra, o louco

sempre é o diferente, o excluído, a alteridade a ser isolada do restante da sociedade (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

Os primeiros relatos da loucura como fenômeno ocorreram na Antiguidade grega e romana, unido a várias práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, o “diagnóstico” da loucura era dado segundo ideologia da Igreja. Na Inquisição, a loucura era interpretada como revelação do sobrenatural, de origem demoníaca e decorrente de bruxaria. Havia perseguição a essas pessoas, como se fazia com os hereges (MILLANI; VALENTE, 2008).

De acordo com Michel Foucault (2008), a ideia de exclusão existe antes mesmo da ideia de loucura. Isolar os sujeitos “desiguais” da sociedade foi um costume estabelecido no período em que ocorreu a disseminação da lepra por toda a Europa na época das cruzadas, quando vários estabelecimentos foram criados para isolar os leprosos. Com o fim da lepra, os estabelecimentos onde os leprosos eram mantidos continuaram e continuarão a significar, para sempre, locais de exclusão, para onde outros excluídos foram e serão encaminhados.

Quando a disseminação da lepra chegou ao fim, surgiu a ideia de loucura, termo que passou a designar todos àqueles que não se enquadravam em um padrão dito normal da sociedade. Tachadas de loucas, essas pessoas eram excluídas do meio social, sendo abrigadas naqueles locais que, um dia, foram dos leprosos. Durante os séculos XVII e XVIII, momento da grande internação, objetivava-se eliminar todos aqueles que demonstravam perigo para a sociedade, pobres, libertinos, homossexuais, dentre outros (FOUCAULT, 2008).

Esses locais destinados a manter os indivíduos internados, afastando-os do restante da sociedade e mantendo-os à base de uma vida solitária e trancafiada, administrada por uma “equipe dirigente”, constituem o que Goffman (2010) denominou de instituições totais, como mencionado. Nessas instituições, há uma “mortificação do eu”, os internados perdem a sua identidade, a sua cultura e “morrem”, se não literalmente, ao menos simbolicamente para a sociedade.

Há, assim, um processo de transformações radicais nas convicções que os internados têm deles mesmos e das outras pessoas que lhes são caras. Concomitantemente ao encadeamento de “mortificação do eu” dos internados, são passadas também a eles orientações, que Goffman (2010) caracteriza como um “sistema de privilégios”.

Esse sistema consiste em três partes interligadas. A primeira delas concerne às “regras do jogo”, a ordem, as proibições e a rotina que devem ser adotadas pelos

internados. A segunda parte diz respeito às vantagens e aos privilégios que os internados podem ter se forem obedientes à “equipe dirigente”, ou seja, se seguirem as “regras do jogo”. No ambiente externo, para pessoas consideradas normais, essas “vantagens” seriam ações tidas como corriqueiras, como tomar um café ou fumar um cigarro. Por fim, a terceira e última parte refere-se às penalidades aplicadas aos internados em caso de desobediência às regras, o que acarreta uma suspensão das vantagens e dos privilégios. O “sistema de privilégios” é, assim, o principal meio de “reorganização do eu” dentro de uma instituição total (GOFFMAN, 2010).

Voltando à história da loucura, no século XVIII, ela passou a ser objeto do saber médico, sendo, então, caracterizada como doença mental, passível de cura ou tratamento. O hospital surgiu, assim, como espaço terapêutico, de diagnóstico e classificação da loucura (FOUCAULT, 2008).

A partir do século XIX, a medicina passou a interferir totalmente no diagnóstico e na terapêutica da loucura. Sob a alegação de que as leis e ações desenvolvidas já não conseguiam mais controlar sozinhas o perigo urbano, argumentou que deviam ser criadas maneiras de comandar as pessoas, tornando-as úteis e sem deixar transparecer nenhum perigo. Portanto, essa época, em que o objetivo da medicina era gerar uma sociedade sadia, com o intuito de transformar os seres diferentes em indivíduos normais, ficou conhecida como período de medicalização da sociedade. Esse processo buscava associar o comportamento do louco somente à patologias, não levando em consideração todo o contexto social, político e cultural da pessoa (MACHADO et al, 1978).

A psiquiatria separou totalmente a pessoa com transtorno mental da família e da sociedade, isolando-a em hospitais psiquiátricos, defendendo que isso era essencial para a proteção tanto do internado quanto da população. A exclusão da loucura se propagou no passar do tempo e, ainda hoje, na maior parte do Brasil, a pessoa com transtorno mental é estigmatizada como indefesa ou perigosa, a depender do contexto. Foi no auge do desenvolvimento da economia, de reforma social e de maior compreensão e reconhecimento às minorias que se percebeu que o hospital psiquiátrico deveria ser modificado ou extinto (MACIEL et al, 2008).

O surgimento de tratamentos, como a convulsoterapia, a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e a psicofarmacologia, no século XX, ensejou, como contrapartida, o surgimento de uma crítica radical, inicialmente na Itália, encabeçada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, e, posteriormente, no restante do mundo. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Basaglia, foi aprovada na Itália, em 1978, a Lei nº 180, ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como Lei Basaglia, que

determinou a extinção dos manicômios nesse país e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. A desinstitucionalização referia-se não apenas à desconstrução dos manicômios e hospitais psiquiátricos, mas de todo o estigma associado à figura do louco. A Lei Basaglia deu ensejo, no Brasil, à criação e aprovação da Lei nº 10.216/2001.

#### **4.2 A reforma psiquiátrica no Brasil**

No Brasil, até o ano de 1830, ainda não havia nenhuma forma de cuidar dos doentes mentais. Aqueles que tinham posses permaneciam isolados em suas residências, impedidos de serem vistos pela sociedade. Já os menos favorecidos vagavam pelas ruas ou sobreviviam aprisionados nos muros da Santa Casa de Misericórdia. Em 1841, foi firmado pelo então príncipe regente Dom Pedro II o decreto de criação do hospício pioneiro no Brasil, o Hospício de Pedro II, popularmente conhecido como o “Palácio dos Loucos”. Sua inauguração foi em 1852, marcada como um importante episódio no contexto social e político daquela época. Os ambientes amplos, as normas, a intensidade moral, a falta de liberdade, a diferenciação de tratamentos por conta de classe social e de quadro clínico e a frequente atenção ao alienado, impedindo-o de ter privacidade, caracterizam o surgimento da psiquiatria no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As primeiras manifestações da reforma psiquiátrica surgiram por volta da década de 1950 nos Estados Unidos e na Europa. O apelo por reformas sociais e sanitárias e a manifestação pela garantia dos direitos civis e humanos culminaram com a necessidade de que fossem redefinidos os modelos de assistência à saúde, em especial à saúde mental. Em diversos países, surgiram, então, movimentos que reivindicavam a implementação do modelo de desinstitucionalização. Esse modelo preconizava a diminuição de internações hospitalares, a desospitalização de pacientes por muito tempo internados e a criação de locais, na sociedade, que atendessem as demandas desses pacientes de uma forma humanizada, oferecendo-lhes independência, capacidade para cuidar deles mesmos e qualidade de vida (VIDAL, 2008).

De acordo com Vidal (2008), no Brasil, a repercussão inicial da reforma psiquiátrica foi marcada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no final dos anos de 1970. Tratou-se de um processo político e social complexo, que envolveu gestores, trabalhadores, usuários, familiares, pesquisadores e estudantes. As denúncias de precárias condições e falta de cuidado, assistência e humanização nos hospitais



psiquiátricos, cuja atuação era mais repressiva do que terapêutica, motivaram esse processo.

O caminho trilhado pela reforma psiquiátrica possibilitou intensas mudanças no campo da saúde mental no país. Para tanto, vários eventos discutiram as condições de saúde e de bem-estar psicossocial e físico das pessoas com transtornos mentais. Dentre eles, destaca-se o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI), que contou com a presença de Basaglia e Goffman, alguns dos principais críticos da psiquiatria (BRASIL, 2011).

A reforma sanitária foi uma das maiores influências para o acontecimento da reforma psiquiátrica. Os dois processos tiveram apoio fundamental dos movimentos sociais. O argumento da reforma sanitária brasileira era a criação de um modelo de saúde contrário ao que predominava e que, apesar dos avanços, ainda hoje predomina - o hospitalocêntrico. Os seus defensores recriminavam as péssimas condições, o descaso e a mercantilização da saúde. No ano de 1987, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, comprovando o vínculo entre as reformas sanitária e psiquiátrica. A luta ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), evento onde foi proposta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), homologado na Constituição Federal de 1988 (ANDRADE; MALUF. 2014).

Na 8ª Conferência, surgiu uma nova concepção de saúde como um dever do Estado e um direito de todos, proporcionando, assim, a formalização dos princípios, que, dois anos mais tarde, seriam reconhecidos como princípios do SUS. São eles: integralidade, equidade e universalidade. Esses princípios acarretaram um novo ponto de vista de um Brasil como promotor de políticas de bem-estar social e uma nova concepção da saúde no país como sinônimo de qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Existem dois marcos do movimento da reforma psiquiátrica brasileira que merecem, ainda, ser mencionados: a luta para que ocorressem mudanças concretas nas condições precárias dos pacientes com transtornos mentais internados nos hospitais psiquiátricos e a procura de soluções para desmistificar a ideia de que institucionalizar era a única maneira de relacionar o louco e a sua loucura com a sociedade (FURTADO, 2006).

Na reforma psiquiátrica brasileira foram estabelecidos alguns princípios fundamentais para que fossem protegidos o atendimento, a proteção e a dignidade das pessoas com transtorno mental, garantindo-lhes cidadania. São eles: desinstitucionalização - tirar a pessoa da instituição na qual ela já está há muito tempo institucionalizada; desospitalização - oferecer atendimento em centro de referência,

sendo a internação hospitalar feita apenas em último caso; criação de redes de atenção que substituam o modelo centrado no hospital psiquiátrico e comprometimento em realizar ações em conjunto com os diferentes atores sociais envolvidos (CORREIA, 2011).

Os empenhos para que se superasse a situação caótica dos internos e da internação como únicas soluções para a doença mental visavam a provocar uma mudança na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços que substituíssem o modelo existente. Evidentemente, não bastava que os hospitais psiquiátricos fossem desativados. Era necessário que existissem profissionais e tecnologias sociais e de saúde que recebessem e aceitassem os pacientes que já estavam há muito tempo internados. A grande quantidade de moradores institucionalizados em longa duração culminou com a formação de possibilidades de habitações para os novos cidadãos que não tinham família ou cuja reinserção familiar fosse dificultada (FURTADO, 2006).

Na medida em que o movimento da reforma psiquiátrica foi ganhando repercussão, diferenças internas, teóricas e ideológicas, foram deixadas de lado e foi criada uma agenda comum com a intenção de coletar vivências de pessoas que possuíam sofrimento psíquico, para que, assim, fosse superado o fundamentalismo das instituições psiquiátricas tradicionais. Um exemplo dessas histórias de denúncia é narrado no filme *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton.

É fundamental destacar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como finalidade não somente desinstitucionalizar a loucura, mas, além disso, lutar pelos direitos das pessoas com transtorno mental psíquico e por alterações na assistência à saúde. Portanto, teve e tem como foco desconstruir o pensamento de isolar o louco, devolvendo-lhe o direito à liberdade e cidadania (MELO, 2012).

À imagem da loucura, vista como doença, defeito, periculosidade e falta de razão, sobreveio um novo olhar, pautado por discussões sobre cidadania, dignidade e direitos humanos. A reforma psiquiátrica foi, assim, um dos movimentos mais significativos e influentes no Brasil, que modificou radicalmente o setor da saúde mental e se destacou na história da saúde pública brasileira (RATTON, 1979).

O momento essencial da política de assistência à saúde mental foi, sem dúvidas, a reforma psiquiátrica. As suas ideias vêm influenciando o campo social, o meio jurídico e as universidades na área da saúde. Embora o SUS ainda enfrente bastantes dificuldades, é perceptível que aos poucos o panorama psiquiátrico tem mudado para melhor (JÚNIOR BEZERRA, 2007).

### **4.3 A construção de políticas em saúde mental na legislação brasileira**

Como já foi destacado, ao longo de 67 anos, a legislação psiquiátrica brasileira, elaborada em 1934, não assegurava direito algum às pessoas em sofrimento mental. Essa condição só foi modificada em 2001, quando foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, que se refere à proteção e aos direitos das pessoas em sofrimento mental alterando o modelo de assistência em saúde mental (CORREIA, 2011).

A partir da década de 1990, a saúde tornou-se um direito de qualquer pessoa, com a promulgação da Lei nº 8.080, de 9 de setembro de 1990, e com a regulamentação da criação do SUS. Segundo essa lei, é dever do Estado garantir a saúde, bem como, formular e executar políticas econômicas e sociais visando à redução de riscos de doenças e de outros agravos e estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos.

Ainda sobre a Lei nº 8.080/1990, em seu 7º artigo ela diz que os serviços públicos e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem: preservar a autonomia das pessoas, protegendo sua integridade física e moral, e garantir a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios.

Foram publicados vários documentos relacionados com a saúde mental e a luta pelo reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Um desses documentos é a Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990, que foi redigida na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Essa declaração foi um marco das reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Os princípios da política de saúde mental brasileira foram resumidos na Declaração de Caracas. São eles: reestruturar a assistência psiquiátrica ligada à Atenção Primária em Saúde; rever a função hegemônica e centralizadora do hospital psiquiátrico; resguardar a dignidade e os direitos humanos e civis da pessoa e proporcionar que a pessoa com transtorno mental permaneça em meio à comunidade.

A Lei nº 10.216/2001, já citada, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi elaborada a partir do Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e a substituição deles por outros serviços assistenciais mais humanizados.

Quanto à Lei nº 10.216/2001, ela assegura que os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais serão resguardados, independentemente de raça, cor,

sexo, idade, orientação sexual, religião, opção política, família, nacionalidade, recursos financeiros e grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno. Essa lei garante, ainda, a essa população os seguintes direitos: usufruir do melhor tratamento oferecido pelo sistema de saúde, atendendo sempre às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito, de forma a alcançar uma recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser amparada contra qualquer tipo de abuso e exploração; ter todas as suas informações mantidas no mais absoluto sigilo; ter direito à presença médica para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter total acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber todas as informações possíveis sobre sua doença e seu tratamento; ser tratada em local terapêutico da maneira menos invasiva possível; e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ainda segundo essa lei, o Estado tem total responsabilidade em desenvolver a política de saúde mental, dar assistência e promover ações de saúde direcionadas às pessoas com transtornos mentais, levando em consideração a participação dos familiares e da sociedade em geral. É importante destacar que o tratamento dessas pessoas tem como finalidade reinserir o paciente em seu meio social.

Também a Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, estabelece diretrizes e normas relacionadas ao bom desempenho no funcionamento das ações na área da saúde mental. Segundo essa portaria, para que a equipe técnica de saúde mental atue nas unidades básicas/centros de saúde, é necessário que ela seja definida a partir de critérios do órgão gestor local, podendo ser auxiliada por uma equipe composta pelos demais profissionais de saúde (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, médico generalista, enfermeiro, auxiliares e agentes de saúde). Já nos ambulatórios especializados, a equipe multiprofissional, cujas atribuições serão definidas pelo órgão gestor local, deverá ser composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e auxiliares).

Além das unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios, essa portaria apresenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são unidades de saúde locais que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por equipe multiprofissional. Os NAPS/CAPS constituem-se em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Neles são realizados tanto atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), quanto atendimentos grupais (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outros). São feitas também visitas

domiciliares, atendimento aos familiares e atividades comunitárias voltadas sempre para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

Em 4 de outubro de 1994, foi publicada a Portaria nº 1.720, que institui o dia 10 de outubro como o Dia Mundial da Saúde Mental pela Federação Mundial de Saúde Mental e pela Organização Mundial da Saúde. Essa portaria tem, ainda, a finalidade de adquirir respeito aos direitos das pessoas que sofrem transtorno mental; expandir os programas de prevenção procurando reduzir a ameaça dos transtornos emocionais nos grupos vulneráveis; estimular o provimento dos serviços terapêuticos necessários e oportunos aos que deles necessitam; aprimorar a condição dos serviços de saúde mental em todo o mundo; e estimular a saúde mental e emocional em todos os povos.

A Portaria nº 975, de 12 de dezembro de 1995, traz diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal, afirmando que é direito da pessoa com transtorno mental: ter um tratamento humanizado e respeitoso, sem qualquer discriminação; assistência contra qualquer forma de abuso; espaço que garanta a sua liberdade e individualidade, oferecendo serviços terapêuticos e assistenciais imprescindíveis para a sua recuperação; convivência com a comunidade e acesso ao seu prontuário médico. Diz, ainda, que, a partir da publicação da portaria, os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deveriam ser eliminados num prazo de 4 (quatro) anos e que fica proibido, no Distrito Federal, a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos que já existiam.

No dia 11 de fevereiro de 2000, entrou, também, em vigor a Portaria nº 106, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), considerando a necessidade de reestruturar o modelo de atenção dado às pessoas com transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); assegurar que exista uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; humanizar o atendimento psiquiátrico no SUS, de forma a reintegrar socialmente essa população; e implementar políticas para melhorar a qualidade da assistência à saúde mental, com o objetivo de reduzir as internações em hospitais psiquiátricos.

Foram, então, criados os SRTs em Saúde Mental no âmbito do SUS. Segundo a portaria, SRTs são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social. A reabilitação psicossocial deve ser feita mediante a inserção em programas de alfabetização, a reinserção no trabalho e o desenvolvimento

de atividades domésticas. É ao gestor municipal/estadual do SUS que cabe identificar quais são as pessoas com transtornos mentais que têm condições de serem contempladas por essa nova modalidade terapêutica.

Além dessa portaria, a Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, e a Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005, visam igualmente à criação de residências terapêuticas, destinadas a abrigar essas pessoas e a servir de suporte para a prestação de serviços de atenção à saúde mental substitutivos à internação psiquiátrica prolongada.

Como parte da legislação brasileira voltada para a atenção à saúde mental, a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações. Esse auxílio é parte do Programa “De volta para casa”, um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. Esse programa é acompanhado por uma Comissão de Acompanhamento, instituída pela Portaria nº 2.078/GM, de 31 de outubro de 2003.

Por fim, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, define que fica estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental ou com problemas voltados ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Segundo essa lei, são diretrizes para a execução da RAPS: respeitar os direitos humanos; garantir a autonomia e a liberdade das pessoas; promover a equidade, levando em consideração os determinantes sociais da saúde; combater estigmas e preconceitos; assegurar o acesso e a qualidade dos serviços; oferecer cuidado integral e assistência multiprofissional; garantir atenção humanizada e dirigida às necessidades das pessoas; diversificar as estratégias de cuidado; desenvolver atividades que favoreçam a inclusão social promovendo a autonomia e a cidadania; desenvolver táticas de reduzir danos; enfatizar a participação e o controle social das pessoas com transtorno mental e de seus familiares; organizar serviços de rede de atenção à saúde regionalizada, estabelecendo ações intersetoriais garantindo a integralidade do cuidado; promover artifícios de educação permanente; e desenvolver a lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como foco a singularidade do sujeito.

#### **4.4 Periculosidade e medida de segurança**

A institucionalização da loucura exhibe graves consequências nos campos social e jurídico, pois impede o andamento de atitudes que resolvam os problemas da saúde mental no Brasil. E quando os atores dessa institucionalização são aqueles que foram internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), os seus direitos e dignidade são desrespeitados. Ou seja, criminalizar a loucura fere os direitos humanos do louco infrator, pois não há adequação da assistência médica oferecida a ele, prevalecendo a punição, estigmatizando-o como perigoso (PEREIRA, 2013).

Existem alguns casos em que a pessoa não pode ser denominada de imputável por um ato típico e antijurídico que realizar. A pessoa que tem um transtorno mental e comete um delito é classificada como inimputável ou semi-imputável, sendo liberada da punição e encaminhada para a medida de segurança (CORDEIRO; LIMA, 2013). Portanto, quando se desconfia que o indivíduo que executou o crime demonstra um possível transtorno mental, ele realiza um incidente de sanidade mental e aí é avaliado se a pessoa será responsabilizada pelo delito. O resultado do exame é encaminhado ao juiz que acompanha o caso e ele decidirá se está de acordo ou não com o parecer do psiquiatra, absolvendo ou não o acusado. Caso ele concorde com o resultado, aplica medida de segurança, que é cumprida em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou, à falta, como no caso do Distrito Federal, em uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP). Caso o indivíduo, mesmo apresentando transtorno mental, for preso provisoriamente ou condenado a uma pena de prisão, ele tem o direito de ter a garantia de todos os cuidados em saúde mental, independente de onde estiver a delegacia, penitenciária ou outro lugar de cumprimento da pena (CORREIA, 2011).

A pessoa considerada inimputável ou semi-imputável é absolvida do crime cometido. No entanto, sobre ela recai a noção de periculosidade. Estigmatizada, tem sido destinado a essa pessoa o enclausuramento, o que contraria todo o movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. É necessário que haja uma dissociação do foco na patologia e na exclusão e a constituição de uma nova visão centrada na história de vida, na cultura e na singularidade do sujeito (MACIEL, 2008).

Um ponto fundamental e que ainda gera questionamentos é, portanto, a internação. A partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, internar uma pessoa com transtorno mental passou a ser a última opção no tratamento. Deste modo, só se pode recorrer à internação quando não houver mais escolhas e com a apresentação de

um laudo médico detalhado, informando todos os motivos para que seja realizado esse procedimento. Os tipos de internação são:

#### QUADRO 1- Tipos de internação

TIPO	CARACTERÍSTICA	O QUE PRECISA	TÉRMINO
<b>VOLUNTÁRIA</b>	Ocorre com o consentimento do usuário.	Declaração do usuário de que optou por essa forma de tratamento.	Por solicitação escrita do usuário ou por determinação do médico.
<b>INVOLUNTÁRIA</b>	Ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de outra pessoa, que pode ser da família.	Deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas.	Por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou por determinação do especialista responsável pelo tratamento.
<b>COMPULSÓRIA</b>	Determinada pela Justiça.	O juiz levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento para a proteção do usuário, dos outros internados e dos funcionários.	Por determinação do juiz competente.

Fonte: Correia, 2011.

Diante disso, foi instituído, no dia 26 de outubro de 2006, no Estado de Goiás, o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) sob a esfera da Secretaria de Estado da Saúde. Este programa surgiu com a intenção de realizar um censo das medidas de segurança em atividade no Estado de Goiás. A partir de então, surgiu o questionamento de que, se a medida de segurança não tem a finalidade de punir, e realmente não tem, o aspecto terapêutico é que deve predominar. Eis que o assunto deixa a sua ligação direta com a segurança pública e é admitida decisivamente pela saúde pública. Com isso, o destino das pessoas com transtorno mental submetidas à internação psiquiátrica compulsória não seria mais a cadeia e nem o manicômio (SILVA, 2010).

Baseado na Lei nº 10216/2001, o PAILI atua acompanhando os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas que, com quadros de transtorno mental, são submetidos à internação psiquiátrica ou tratamento ambulatorial. O PAILI é composto por uma equipe multiprofissional, que inclui: advogados, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretária de Estado da Saúde. Esses profissionais estudam cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico; elaboram projeto terapêutico individual, de acordo com a singularidade de cada caso; e informam à autoridade judiciária a respeito da evolução do



tratamento. Ele acompanha o tratamento que é dado ao paciente na rede de atenção em saúde mental, sempre com o objetivo de desinstitucionalizar o paciente e reinseri-lo no seio familiar e no meio social (SILVA, 2013).

#### **4.5 A desinstitucionalização é questão de humanização**

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), um SUS humanizado é aquele que reconhece os direitos da pessoa e os vários determinantes que compõem o processo de saúde. Portanto, a humanização do SUS reconhece a diversidade do povo brasileiro, garante a autonomia e também assegura que a pessoa com transtorno mental seja a protagonista de suas lutas e de sua história lhe dando a liberdade de ser responsável por seus atos (YASUI, 2012). Portanto, humanizar significa incluir as particularidades na gestão e no cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Pode-se considerar que a ideia de humanização da atenção à saúde tem sua base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, em seu art. 1º, afirma: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. É direito de todo ser humano, independente de raça, sexo, idade, religião, posição social, cultura ou condição de saúde a garantia e o respeito de sua dignidade. Ou seja, quando uma pessoa sofre discriminação, sendo excluída, isolada ou estigmatizada por sofrer de transtorno mental, os seus direitos estão sendo desrespeitados. Reconhecer a saúde mental nos direitos humanos confirma a importância de respeitar os direitos da pessoa com transtorno mental, sendo compreendidas como cidadãs. Durante a repercussão da Reforma Psiquiátrica, nasceu o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que, mais tarde, deu existência ao Movimento da Luta Antimanicomial. Esse movimento procura assegurar a garantia dos direitos, respeitando as diferenças e a liberdade das pessoas com transtorno mental, priorizando um cuidado centrado no indivíduo e considerando sua singularidade, subjetividade e seus desejos (CORREIA, 2011).

Ainda segundo Correia (2011):

“A pessoa em sofrimento mental tem o direito de expressar sua opinião e ponto de vista nos espaços públicos, como associações, CAPS, hospitais, praças etc, bem como nos espaços privados, como da moradia. Tal opinião pode ser expressa tanto verbalmente como utilizando as ferramentas da comunicação, a exemplo de jornais, rádios, vídeos, internet etc. Cada um possui uma identidade e uma forma de se expressar, portanto, é preciso

respeitar e garantir o espaço de fala das pessoas em sofrimento mental, de acordo com suas características e condições.”

O pensamento humanístico vai muito além de focar em problemas de saúde, ele engloba os contextos sociais, educacionais e psíquicos que estão presentes no cotidiano do indivíduo. Para que a humanização realmente seja efetivada, é preciso que os profissionais de saúde revejam seus conceitos e reformulem suas formas de pensar e de praticar dentro das instituições de saúde, levando em consideração o respeito ao lugar do outro, ao direito de expressão, de liberdade e ao reconhecimento de suas limitações e particularidades. Enfim, o usuário é muito mais do que somente um consumidor dos serviços de saúde (FORTES, 2004).

Portanto, fica claro que desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental nada mais é do que enxergar esse indivíduo como um todo, não só como um doente mental que necessita dos serviços de saúde. Todos os seus direitos devem ser resguardados e respeitados e é necessário que haja uma reciclagem no modelo hospitalocêntrico e na forma de cuidado que os profissionais de saúde praticam. Na verdade, não seria necessária uma Política Nacional de Humanização que defendesse a forma correta de cuidar do ser humano, visto que isso já deveria ser claro para todos.

#### **4.6 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a formação do sanitário**

Como mencionado, atualmente, a saúde mental possui o mesmo valor que a saúde física, pois é necessário que se enxergue o homem biopsicossocialmente. A assistência à pessoa com transtorno mental percorreu vários momentos de modificação, desde a institucionalização até a desinstitucionalização, esta última caracterizada pela implementação dos serviços de atenção psicossocial (MILLANI; VALENTE. 2008).

A organização da rede de atenção em saúde mental, estimulando a vida em comunidade e a autonomia e respeitando a subjetividade, é o ponto crucial para que seja efetivada a inclusão do usuário e também para que sejam alcançados os ideais da Reforma Psiquiátrica, resgatando os direitos da pessoa com transtorno mental (SCHNEIDER, 2009).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um assunto importante para a pauta dos gestores e formuladores das políticas de saúde é a formação de redes de atenção psicossocial. A ideia dessa discussão é a de que não existem, na área da saúde, tecnologias e até mesmo profissionais que atuem na execução do cuidado sem a contribuição dos saberes de outros. Portanto, diante da necessidade de troca de saberes

e da atuação multiprofissional, dando uma atenção integral à pessoa com transtorno mental e considerando que ela deve ser reconhecida biopsicossocialmente, a Rede de Atenção Psicossocial se torna fundamental para o trabalho voltado ao cuidado em saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Deste modo, a Rede de Atenção Psicossocial tem o papel de criar, ampliar e articular locais de atenção à saúde para as pessoas com transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

De acordo com a Lei nº 3.088/2011, alguns objetivos da RAPS são: atuar na ampliação da acessibilidade da população aos serviços de atenção psicossocial; exercer a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental no meio social; promover cursos e oficinas de formação permanente aos profissionais de saúde; incentivar atividades intersetoriais para prevenir e reduzir danos; planejar e divulgar informes sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; organizar as demandas de assistência da Rede de Atenção Psicossocial; e vistoriar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A RAPS é uma das redes prioritárias das Redes de Atenção à Saúde (RAS), propostas para organizar as ações e os serviços de saúde, que, agregadas por meio de sistemas técnicos, de logística e de gestão, procuram assegurar o cuidado integral. São componentes da Rede de Atenção Psicossocial:

## QUADRO 2: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Unidade Básica de Saúde (UBS);</li> <li>• Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);</li> <li>•Consultório na Rua;</li> <li>•Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;</li> <li>•Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
<b>Atenção Especializada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•SAMU (Serviço de Atendimento Móvel) 192;</li> <li>•Sala de Estabilização;</li> <li>•UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (UBS).</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Unidade de Acolhimento;</li> <li>•Serviço de Atenção em Regime Residencial.</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Enfermaria especializada em Hospital Geral;</li> <li>•Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.</li> </ul>
<b>Estratégias de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Serviços Residenciais Terapêuticos;</li> </ul>

<b>Desinstitucionalização</b>	•Programa de Volta para Casa.
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	•Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; •Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Tendo em vista que o modelo de atenção em saúde mental foi estruturado com a intenção de desenvolver e concretizar uma rede de atenção que atendesse a população além dos muros hospitalares, vários serviços substitutivos foram implantados no Brasil desde a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, o Programa De Volta Para Casa e as Residências Terapêuticas. O hospital psiquiátrico ainda existe em muitos lugares do país, porém, não deveriam ser mais o principal foco de tratamento. De pouco em pouco, ele deve ser desativado, para que seja oferecido um cuidado em liberdade e com qualidade de vida para as pessoas com transtorno mental (CORREIA, 2011).

**FIGURA 1: Rede de Atenção Psicossocial**



Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Nesse contexto, o campo da Saúde Coletiva nasceu, no auge da Reforma Sanitária Brasileira, com a ideia de desenvolver um novo campo de saberes e práticas, se diferenciando da saúde pública tradicional e institucionalizada. O sanitarista é um profissional com formação humanizada, amparado por conhecimentos advindos da: epidemiologia, política, planejamento, gestão e avaliação em saúde e ciências sociais e humanas em saúde (PAIM; PINTO, 2013).

Desde 1993, o SUS começou a pleitear novidades no campo administrativo, organizacional e gerencial, impondo, assim, uma nova formulação do conceito das técnicas utilizadas nas instituições de saúde pública, um novo desenho dos métodos de trabalho em saúde e da configuração da formação de novos profissionais que atuam na área da saúde. A formação e o campo de atuação do sanitarista possibilitam a ele a função de contribuir como agente promotor da saúde, com foco nas necessidades e nos determinantes em saúde, e colaborando com a busca de alternativas para o fortalecimento dos serviços de saúde, se igualando ao que foi apontado pelo SUS. Portanto, o sanitarista tem como missão atuar no planejamento, na gestão, na organização e na avaliação de sistemas e serviços, buscando compreender a singularidade do indivíduo e sua relação com a sociedade (BEZERRA et al, 2013).

O profissional formado em Saúde Coletiva é capaz de reconhecer o processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, possuindo a capacidade de atuar na promoção da saúde e da cura e respondendo às necessidades de cuidado humano. Não compete ao sanitarista somente ter o conhecimento sobre gerência das unidades de serviço. A sua competência vai muito além. Ele é responsável por pensar, planejar, avaliar, modificar, organizar, inovar e levar adiante os ideais do movimento da reforma sanitária (CECCIM, 2002).

## 5 RESULTADOS

O primeiro momento da entrevista foi com a coordenadora do PAILI, Maria Aparecida (mais conhecida como Cida), fazendo uma contextualização geral sobre o impacto da Reforma Psiquiátrica nos dias de hoje. Ao ser indagada sobre os 15 anos da Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e a falta de mudanças em algumas cidades brasileiras, como é o caso de Brasília, ela diz que é por isso que se chama Reforma Psiquiátrica, pois ela está sempre em construção. No âmbito específico da medida de segurança, para ela, lidar com o louco infrator significa enfrentar a sociedade, enfrentar a maioria das pessoas que querem que as pessoas com transtorno mental fiquem alijadas da vida, da sociedade, dos seus direitos. E acrescenta:

“E a gente vem fazendo esse caminho inverso, que realmente não é fácil, é demorado, né?!. A gente tenta desconstruir o conceito da loucura, primeiro em nós mesmos e depois nos serviços de saúde, para que haja um acolhimento digno, devido, que resgate essa pessoa, que dê visibilidade a essa pessoa. Então, eu sou apaixonada pelo que eu faço, porque eu acredito que o louco é um ser humano e, como ser humano, ele tem direito a tudo. Ele tem direito a ser um cidadão, ele tem direito a ter voz, ele tem direito a falar ‘eu quero’ ou ‘eu não quero’. Então, essa desconstrução começa primeiro em nós. Nós somos atores nesse processo da Reforma Psiquiátrica (Maria Aparecida Diniz, 2016).”

Com relação às pessoas que trabalham no PAILI, Cida foi bem realista ao dizer que ninguém é obrigado a gostar do trabalho que é feito ali, mas que quem vai tem que gostar. Deixar os estigmas e os preconceitos de lado e agir mais com o coração, segundo ela, faz parte do trabalho. Por isso, não são todos os que ficam. Cida conta que constantemente recebe pessoas de outros Estados para visitar o PAILI e que um dia uma técnica de um estado que já tinha ido visitar o programa ligou para ela e disse:

“Olha, Cida, eu queria ver o que eu faço, porque aqui nenhum serviço quer atender o Fulano aqui porque ele é de grande periculosidade (Maria Aparecida Diniz, 2016).”

E Cida respondeu:

“Então, é o dito pelo não dito, porque aqui a gente não ‘não se trata da periculosidade’, porque, se eu for falar de perigo, eu tenho que falar de todo ser humano, porque para mim perigo é do humano. Isso é nato do humano, o humano é que é perigoso. Porque ele mata, estupra, violenta, põe dinheiro na meia. Para mim, essas pessoas são perigosas. Agora, por que o perigo é só do louco? Então, nós vamos começar do zero, a primeira coisa que você vai fazer é desconstruir esse conceito, essa coisa da periculosidade. Eu tenho um aparelho onde eu coloco sua cabeça e falo ‘esse deu verde, esse aqui deu vermelho’. Então, esse não é perigoso e esse é perigoso? Não é! Agora, eu tenho é possibilidades terapêuticas, possibilidades de eu dar aquela assistência e ele vir a não mais cometer um novo delito porque ele está assistido e assistido na sua integralidade, não só na parte médica, como também na sua parte pessoal: busca de documentação pessoal, porque a maioria deles nem documento tinham; busca dos benefícios previdenciários que ele tem direito; busca da moradia; busca dos cursos profissionalizantes; busca do tratamento odontológico; do tratamento de saúde. Porque o louco, ele não tem só cabeça, ele é um ser humano completo, integral (Maria Aparecida Diniz, 2016).”

A terapeuta ocupacional Carlene Borges Soares, que também atua no PAILI e estava no local no momento da entrevista realizada com Cida, destacou que, como ela e a Cida, dentre outras pessoas, estão desde a implantação do programa, elas conseguem esclarecer, trazer um pouco de luz para esse campo, principalmente para as pessoas que estão começando. Ela disse que transtorno mental já é um grande problema, um problema de todo mundo, mas também não é de ninguém, porque ninguém quer se responsabilizar. E aí, quando se fala do infrator:

“Nossa, o que que ele fez? Então, se você fala que ele é um homicida, e aí as pessoas falam que não, ‘aqui não, pelo amor de Deus, ele vai sair matando todo mundo’. Então, assim, uma coisa importante é fazer com que a equipe de trabalho entenda que a gente não está ali em cima da periculosidade, a gente está ali em cima do transtorno. A gente está trabalhando com uma pessoa que tem algum tipo de transtorno, independente do fato de ele ter cometido algum delito ou não. Porque provavelmente ele cometeu esse delito em função do transtorno, né?! Na maioria, o transtorno vem primeiro. Outros desenvolveram no tempo do presídio, mas a maioria já tinha algum envolvimento com álcool e drogas, um comprometimento muito grande, mental, social, relacional. Então, já era uma pessoa em uma situação de uma vulnerabilidade muito grande quando chegou a cometer esse tipo de delito (Carlene Borges Soares, 2016).”

Carlene explicou que, quando eles recebem um novo paciente, passam todas as orientações do programa e aí já fazem encaminhamento para o serviço onde ele vai ser tratado, seja no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), se tiver no Município, seja na Atenção Básica ou na Assistência Social. Às vezes, é a própria equipe da Assistência Social que dá continuidade ao tratamento, pelo fato de o Estado de Goiás ter 86 Municípios, alguns tão pequenos que não têm oferta de uma devida Atenção Básica.

Ela disse ainda, que os profissionais têm que fazer essas discussões de forma a realizar um matriciamento de uma forma pedagógica, para que possam ir formando as novas pessoas e também dando esse suporte clínico para que elas possam dar continuidade a esse trabalho. São muitas pessoas e muito Municípios. O Paili vai a todos os Municípios mas ,às vezes, não tem recurso para estar presente o tempo todo nos locais. Embora à distância, o acompanhamento dos casos é constante, por meio de relatórios. O Paili constrói o projeto terapêutico, vai até os Municípios, pede para as pessoas irem até o PAILI. É construída, portanto, uma rede muito ampla e eficaz. Para isso, foi importante contar com pessoas na equipe do PAILI que viveram a trajetória da Reforma e da mudança de conceitos. Isso possibilitou traçar uma teia, uma rede sólida, que não fica apenas no imaginário.

Cida relatou que já foram encaminhados ao PAILI 499 pacientes, dos quais 145 já tiveram suas medidas extintas. Isso significa que, após a adesão ao projeto terapêutico, ao tratamento e à família, o quadro foi considerado estabilizado, não havendo mais motivos para o PAILI continuar a monitorar esse tratamento. É bom destacar que o Paili só recebe os pacientes já sentenciados à medida de segurança e já encaminhados pelo Poder Judiciário, após a aplicação da medida de segurança. O PAILI é responsável administrativamente para acompanhar as pessoas que receberam essa sentença no Estado de Goiás, fora do manicômio judiciário, como são conhecidos os hospitais e as alas de tratamento psiquiátrico. Goiás não tem manicômio, não tem hospital de custódia.

Sobre a internação, Cida disse:

“Nós sabemos que o ideal na rede é o CAPS III, mas nós temos poucos aqui no Goiás. Então, a gente utiliza os leitos SUS que tem. São muito poucos, nós ainda não temos leito hospitalares gerais, como é previsto na Lei. Então, a gente ocupa os leitos SUS como qualquer outro cidadão e essas internações duram em torno de 30/60 dias, não passa disso mais. Depois a gente reformula o projeto terapêutico, preferencialmente nos serviços de saúde mental existentes na rede SUS. Então, quando a internação é necessária, nós utilizamos o leito SUS. Não existe hospital de custódia, manicômio judiciário. O louco infrator ocupa o mesmo leito que qualquer cidadão ocupa aqui, preferencialmente no SUS. Mas nós temos pacientes que têm plano de saúde e aí eles ocupam o plano de saúde. Dentro do hospital não pode nem haver diferenciação, porque aí nós não estamos tratando as pessoas como iguais, aí nós já estamos discriminando (Maria Aparecida Diniz, 2016)”.

As pessoas que trabalham no PAILI são servidores do executivo ligados à Secretaria de Saúde. Hoje, são 12 funcionários (médica psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistente social, advogado, terapeuta ocupacional e administrativos), uma



equipe mínima que atende 499 pacientes. Isso para o gestor é um ganho, porque o custo é mínimo.

Em um segundo momento, a entrevista foi realizada com o Dr. Haroldo. De acordo com ele, a sociedade goiana conseguiu compreender que o lugar do louco não é o hospício, não é a prisão. O lugar do louco é a cidade, é estar na cidade, é viver com as limitações que evidentemente ele tem, como cada um de nós também tem, e passar a conviver na cidade com o suporte importante da rede de saúde. A criação do PAILI e a discussão pública do tema trouxe a atenção da mídia. Houve, em um primeiro momento, aquele impacto:

“Já que nós não temos um manicômio, como é que vai ser, onde é que vocês vão colocar os loucos? Como se os loucos devessem ser colocados em algum lugar, como se fossem objetos. É claro que esse debate aflorou em um primeiro momento e até hoje ele está muito presente ainda. A gente tem que estar sempre vigilante para que as conquistas se consolidem a cada dia. Porque o apelo por manicômios judiciais ainda existe aqui em Goiás. A luta antimonicomial não é uma unanimidade, nós sabemos que é um bandeira de uma minoria e de pessoas que têm uma postura mais crítica no campo dos direitos humanos. Mas essa discussão que houve inicialmente favoreceu que os veículos de comunicação, principalmente a televisão, passassem a apresentar as pessoas com transtorno mental com um olhar um pouco mais cuidadoso. Não digo que isso seja em 100% dos casos, mas aconteceu o fato de que hoje, quando se prende alguém na rua em flagrante e esse alguém tem algum tipo de transtorno, ele já não é mais colocado estampado na tela da televisão como um bandido, um cruel, um maníaco repugnante, coisas que a mídia sensacionalista costuma fazer. Aqui, embora também exista um pouco desse traço, que é da nossa mídia que carece de algumas reformulações, mas regra geral aqui, essas pessoas são colocadas, quando são expostas, de uma forma um pouco mais cuidadosa, no sentido de que, se tem transtorno mental, precisa de tratamento. Então, a ideia do castigo abriu um pouco de espaço para a ideia de que essas pessoas devem ser tratadas (Haroldo Caetano da Silva, 2016).”

Quando questionado sobre o diálogo institucional e sobre como isso poderia ser feito no Distrito Federal, Dr. Haroldo respondeu que ele acha que não tem um lugar exatamente que possa servir como base para estabelecer o diálogo. O diálogo tem que existir de alguma forma. É importante que existam pessoas, movimentos, instituições que pautem a sua agenda a partir dessa demanda. Falta fazer com que esse tema entre na agenda política e que passe a ser visto como algo importante para o Ministério Público, para a Ordem dos Advogados, para o Poder Judiciário, para a Defensoria Pública, até para os conselhos regionais de psicologia, de medicina, e para os órgãos da Segurança Pública. E, a partir do momento em que esse questionamento for permanente, as instituições vão ter que se aproximar para discutir. Não existe uma regra pronta e acabada para se tratar desse assunto. O importante é que aconteça.

“É claro que não é fácil também por outros aspectos, do ponto de vista conceitual. Há muita dificuldade no âmbito do sistema de justiça criminal para se compreender o que significa a Lei Antimanicomial e o que ela trouxe de mudança radical no campo da saúde mental. As pessoas ainda, onde funcionam manicômios, como é o caso do Distrito Federal, as pessoas ainda partem da ideia do conceito de periculosidade. O louco, por ser louco, é perigoso. E a partir dessa periculosidade do louco, ele tem que ser excluído até que a periculosidade cesse. Acontece que o sujeito, digamos, tem esquizofrenia, ele vai ter esquizofrenia para o resto da vida. Então, vai ser perigoso para o resto da vida. Então, nós temos motivo, onde existem manicômios, para que essas pessoas jamais ganhem liberdade. Então, essa ideia de periculosidade ganhou corpo e é preciso desconstruir esse mito. As pessoas têm muito medo de lidar com a loucura. Têm muito medo de assumir posição diante do tema da medida de segurança. Porque o manicômio não está apenas fisicamente lá na ala da PFDF (Penitenciária Feminina do Distrito Federal) que recebe essas pessoas, o manicômio está dentro das pessoas. A ideia de segregação, de exclusão, é uma questão cultural. Às vezes dentro do CAPS, a representação maior da Reforma Psiquiátrica é o CAPS, mas, às vezes dentro do CAPS, tem ainda uma cultura manicomial. As pessoas evitam certos pacientes, têm dificuldade em lidar com algumas circunstâncias em particular, o que mostra, então, que é preciso desconstruir esses mitos, não apenas no âmbito de justiça criminal, mas também fora dali, na sociedade como um todo. E isso não é fácil. O que o PAILI fez em Goiás foi algo extremamente ousado. Nós temos essa felicidade de poder afirmar hoje que o Estado de Goiás não tem manicômio judiciário, e nem precisa. Nós soubemos apostar. No entanto, que com 5 anos de vigência da Lei Antimanicomial o PAILI nasceu com essa potência de funcionamento, mesmo às vezes com uma rede que não é tão boa. Que muita gente diz que vai acabar com os manicômios quando a rede de saúde mental for boa. Esse é um outro discurso que não vai produzir resultado. Pelo contrário, vai fazer perpetuar a existência do manicômio, porque a rede nunca será perfeita (Haroldo Caetano da Silva, 2016)”.

É preciso que se assuma como uma responsabilidade de todos o respeito aos direitos humanos, o respeito a uma população que não tem voz, silenciada, uma população de muita vulnerabilidade, que é criminalizada, para qual só sobra normalmente o estado penal, o estado polícia, o estado prisão. Então, é preciso coragem para mudar esse quadro. Dr. Haroldo relatou que foi chamado de louco ao ter se encorajado para mudar a história dos loucos infratores do Estado de Goiás.

Para ele, a ideia é fazer com que o louco infrator seja acolhido plenamente pelo sistema de saúde e a desinternação dessas pessoas deve se dar não porque o juiz autorizou essa desinternação, mas porque essas pessoas não precisam de internação. Isso valeria para qualquer problema de saúde:

“O sujeito que tem um problema cardíaco e precisa ser internado, a partir do momento que ele tem uma melhora na sua condição clínica, ele recebe alta. Se ele permanecer no hospital, é pior para ele. Então, ele sai de alta hospitalar. Por que o paciente psiquiátrico, que está em boas condições clínicas, não pode receber alta sem ordem judicial? O juiz não é médico, assim como o promotor de justiça não é médico, o policial não é médico, o carcereiro não é médico. Como dispositivo de saúde, a internação, mesmo

psiquiátrica, deve existir somente enquanto houver a necessidade clínica da internação psiquiátrica. Então, quando se pensa assim, você não precisa necessariamente ter uma ala no hospital, onde as pessoas sejam colocadas por tempo indeterminado. Por isso a experiência do PAILI é importante, aqui a autonomia para o atendimento à saúde das pessoas é das equipes de saúde. Não precisa passar por um juiz, ele é comunicado dessas situações evidentemente, mas isso não amarra as soluções que devem ser dadas no âmbito do sistema de saúde. Não dá para simplesmente rotular o louco de perigoso e esquecê-lo em manicômio (Haroldo Caetano da Silva, 2016)".

No PAILI, não se prioriza punição, nem castigo. O que se propõe sempre é a inclusão social do louco na cidade, é o seu acompanhamento psicossocial, é o seu atendimento, é o suporte psicoterápico, é o suporte psicossocial mesmo que orienta o funcionamento do PAILI. As pessoas em medida de segurança, na prática, estão em uma dupla proteção a partir da instituição do PAILI. Além da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esses pacientes em medida de segurança também têm outro suporte, que é o próprio PAILI. Então, além de eles serem atendidos no CAPS, o PAILI também monitora esse atendimento.

Com relação a uma possível intervenção na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Distrito Federal, Cida se posicionou dizendo:

"Eu acredito, valendo a experiência aqui no Estado de Goiás, que tem que se fechar a porta de entrada. Não tem que entrar mais. E que as pessoas que lá estão sejam retiradas. Eu acho que não é embargar, talvez seja uma atitude meio dura, e, às vezes, meio incompreendida, mas eu acho que fechar a porta de entrada é o principal (Maria Aparecida Diniz, 2016)".

E o Dr. Haroldo complementou:

"É até bom você lembrar, porque aqui em Goiás foi assim: a gente fechou a porta de entrada. É a primeira porta que deve ser fechada. Então, se você quer uma solução para o DF, essa sugestão eu já dei nessa mesma sala para professores lá da Universidade de Brasília (UnB) também. O Conselho Nacional de Justiça também esteve aqui e a gente abordou o problema específico do DF. Também dei essa sugestão e tenho falado isso para todo mundo: a solução para o problema começa, sim, a Cida está corretíssima nessa avaliação, começa pelo fechamento da porta de entrada. Porque a partir do momento que você proíbe a entrada nos manicômios, você está dando vigência à Lei Antimanicomial que proíbe a internação em unidades com características asilares. O juiz pode fazer isso? Pode! Então, o juiz pode interditar a Ala de Tratamento Psiquiátrico da PFDF, por exemplo, para que ela não receba mais gente. Isso, eu antecipo para vocês, talvez seja a solução de 99% do problema. Porque, a partir do momento que está fechada a porta de entrada, necessariamente, outras alternativas terão que ser buscadas. Quem sabe a construção de um PAILI no DF? E aquelas pessoas que estão lá dentro da Ala de Tratamento Psiquiátrico, o que fazer com elas? Bom, pelos menos a partir da interdição da porta de entrada, você passa a ter um número, um universo muito bem definido de pessoas

em relação às quais você irá atuar. Você pode fazer um plano de desinternação dessas pessoas, até porque a Lei Antimanicomial não manda simplesmente colocar na rua, ela manda fazer um plano de desinternação assistida, um projeto de reabilitação social assistida. Isso está na lei, e a lei foi muito feliz ao estabelecer isso, porque a porta de entrada se fecha e a de saída não se abre necessariamente toda ao mesmo tempo. Paulatinamente, você vai fazer a reinclusão dessas pessoas que estão já internadas, na sociedade(Haroldo Caetano da Silva, 2016)".

Ainda sobre o manicômio judiciário, Dr. Haroldo argumentou que existem pessoas que acreditam que ele pode ser reformado. Essas pessoas pensam que, sendo limpinho, bem arrumadinho, com os internos podendo fazer algumas atividades laborais, está tudo resolvido. Os direitos dessas pessoas estariam sendo respeitados. É muito perversa essa ideia, segundo ele, porque o que está em discussão não é a qualidade do atendimento que se dá a ele dentro de um manicômio, mas a própria existência do manicômio. Como acabar com o manicômio é difícil, as pessoas preferem trilhar esse caminho de fazer uma reforma, fazer o manicômio funcionar melhor. Com isso, o tempo de tortura só é prorrogado.

"É o mesmo que pensar em um campo de concentração nazista bonitinho, mais arrumadinho, mais limpinho. Guardadas as diferenças, é praticamente a mesma coisa (Haroldo Caetano da Silva, 2016)".

O PAILI não é um lugar de atendimento direto às pessoas em medida de segurança. Não existe um fluxo de público. O PAILI funciona como um articulador de rede. A RAPS é que vai dar atendimento direto a essa população, que passa a ser também monitorada pelo PAILI. Mas o atendimento não é feito na sede. A equipe técnica do Programa é que faz esse elo com seus diversos profissionais, com a rede da capital e das cidades do interior, eventualmente para fora do Estado, com outras instituições. Essa equipe, então, faz o trabalho de mediação, de articulação, de fazer com que a rede funcione, atue e dê o atendimento de que essas pessoas precisam.

Ao ser interrogado sobre a implantação do PAILI no Distrito Federal, Dr. Haroldo disse que:

"Tem uma poesia que diz que os castelos nascem dos sonhos, para no real achar o seu lugar. É preciso primeiro pensar, acreditar que é possível. Vocês já partem de uma experiência que existe, concreta, de Goiás, que está do lado de Brasília, aliás. Brasília está dentro do Estado de Goiás, né?! E, a partir daí, acreditar e fazer esse trabalho de micropolítica, esse trabalho de levar essas discussões para os ambientes em que vocês atuam, levar a sério essa temática, fazer dela de fato uma questão importante e promover discussões dentro de casa, na faculdade, no

trabalho, na rede de saúde, para que essa ideia ganhe corpo, para que outras pessoas também passem a acreditar nessa possibilidade. E, daqui a pouco, quando vocês menos esperarem, talvez, quem sabe, com esse trabalho que talvez pareça ser pequeno, individual, mas que é fundamental, porque é assim que as coisas vão acontecendo, a coisa vai ganhar corpo em algum momento. Se vocês já se anteciparem nesse processo de produção de algo novo, em algum momento, vai acontecer em Brasília e vocês vão ter a solução. Talvez não seja uma solução igual a de Goiás, tem peculiaridades, tem algumas características específicas, mas se for uma solução que acabe com a internação manicomial, qualquer que seja ela, será uma boa solução (Haroldo Caetano da Silva, 2016)".

Segundo Dr. Haroldo:

"Perigosa não é a loucura, perigosa é a desassistência, perigoso é o abandono, perigosa é a falta de amparo psicossocial com essas pessoas (Haroldo Caetano da Silva, 2016)".

## 6 DISCUSSÃO

Melhorar o acesso e a qualidade na Atenção Psicossocial do Distrito Federal é, sem dúvidas, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, como foi discorrido ao longo do trabalho, a pessoa com transtorno mental deve ser reconhecida em sua totalidade. Isso significa que a garantia de seus direitos se manifesta a partir do momento em que são respeitados: a sua autonomia, a sua liberdade, o seu direito de ir e vir, de estudar, trabalhar, dentre tantos outros. Portanto, organizar o campo da saúde mental, levando em consideração que se deve estimular a vida da pessoa com transtorno mental em meio à sociedade e respeitar sempre a sua singularidade, individualidade e subjetividade, é o pontapé inicial para que sejam propagados os ideais da Reforma Psiquiátrica.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se um exemplo exitoso na atenção dada à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei que é acompanhada pelo PAILI, no Estado de Goiás. Exemplo esse que pode ser utilizado para que se conheça e pense sobre novas formas de atenção à saúde mental que pode ser trabalhada no Distrito Federal. Como foi falado ao longo do trabalho, a Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), é a lei mais importante no âmbito da saúde mental, e é regulamentada para todo o território nacional. Tendo em vista essa colocação, como isso é possível, sendo que um território fica ao lado do outro e que os dois são regidos por uma mesma legislação? É claro que convém destacar que uma ou outra lei se difere, pelo fato de que existem as leis locais e, também, que o PAILI não é amparado por esta lei, por não fazer parte do SUS. Porém, mesmo com essas particularidades, é importante destacar que o que acontece em Goiás deveria acontecer no Distrito Federal. Porém, não é bem assim. De acordo com a literatura estudada, infelizmente, apesar de existir uma lei que defenda os direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, no Distrito Federal, ao cometer um delito, elas ainda são encaminhadas para a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP). E lá ficam, sem um efetivo tratamento, sem nenhuma garantia dos direitos que estão descritos na lei.

Não há explicação para a existência de uma lei que não é colocada em prática, principalmente quando essa lei versa pela liberdade de pessoas que são isoladas, trancafiadas, impedidas de viver em um meio social, de comprar um pão ou de jogar bola na rua. Na verdade, não há explicação para a falta de regulação, de monitoramento e de profissionais que sejam responsáveis por fazer funcionar o que está escrito no papel. Até quando a vida desses inocentes dependerá de responsáveis que não querem assumir as

suas responsabilidades? Trazendo para a realidade do Distrito Federal, que Reforma Psiquiátrica foi essa que não chegou aos muros e aos portões da Ala de Tratamento Psiquiátrico? Que Reforma Psiquiátrica foi essa, que, ainda hoje, não vê os direitos humanos serem respeitados? São várias as indagações, e, infelizmente, poucas as respostas. Um movimento brilhante como o da Reforma Psiquiátrica, que tem todo um histórico de lutas, não pode ser negligenciado dessa forma. É necessário que os Poderes Judiciário e Executivo atentem para essa realidade. E é mais necessário ainda que o Movimento da Luta Antimanicomial continue atuando firme e forte na saga por um Brasil sem manicômios. É inadmissível que, depois de tudo o que já foi conquistado, ainda existam e persistam em existir as tão temidas instituições totais de Goffman. Antes fosse, se nos isolamentos de hoje em dia existisse, ao menos, o sistema de privilégios.

As boas práticas do Estado de Goiás, com a construção do PAILI, dão ânimo e coragem para que sejam repensados os caminhos para melhorar a rede de saúde mental do DF. A primeira atitude que deve ser tomada é a de desativar a Ala de Tratamento Psiquiátrico. Não é uma ação fácil, mas também não é impossível. Evitando que novas pessoas sejam internadas nesses locais e encaminhando as que estão internadas de volta para as suas casas ou para locais onde elas tenham contato direto com o meio social, os manicômios judiciais serão, enfim, desativados e só restarão lembranças (nada agradáveis) destes locais de tortura, desumanização, institucionalização e isolamento. É claro que não tem como isso ser feito da noite para o dia, e, assim, não o poderia ser. Primeiro, é preciso que haja toda uma articulação entre diferentes esferas, saúde, judiciário, prisional, educacional, discussão acerca do tema em escolas, faculdades, movimentos sociais, comunidades, hospitais, dentre outros, como forma de desfazer os muros do manicômio mental difundido em nossa sociedade, tal como apontado pelo Dr. Haroldo. Finalmente, um planejamento das estratégias e ações a serem tomadas deve ser realizado e efetivado.

Levando em consideração que o bacharel em Saúde Coletiva é formado para atuar em vários campos, fica claro que ele pode e deve atuar no campo da saúde mental, tendo a função de planejar estratégias, enxergar o indivíduo biopsicossocialmente, a partir dos determinantes sociais, monitorar a execução de leis e programas, coordenar serviços, construir modelos de desinstitucionalização e propostas de um bom gerenciamento das redes de saúde mental e, principalmente, engajar-se em lutas e discussões, sendo um ator crucial na tomada de decisões.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a discussão levantada e da certeza de que o sanitarista tem uma função fundamental na execução de boas práticas na Rede de Atenção Psicossocial, torna-se necessário considerar alguns pontos para que se torne possível melhorar a rede de saúde mental no Distrito Federal.

Primeiramente, é importante que sejam realizados cursos de educação permanente, oficinas e rodas de conversa com os profissionais (das áreas da saúde e jurídica) que atuam na saúde mental do DF para que, assim, eles estejam sempre atualizados e interligados. É imprescindível que exista uma articulação, uma boa relação e a troca de saberes entre os profissionais das áreas da saúde e do Direito.

Deve haver uma parceria entre os profissionais que atuam no PAILI e pessoas engajadas do DF para que sejam elencados os primeiros passos para uma efetiva Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal, tendo em vista que experiências exitosas dão força e determinação para que ações semelhantes sejam realizadas em outros lugares. Diante disso, torna-se interessante a existência de discussões acerca do tema em escolas, faculdades, movimentos sociais, comunidades, hospitais, dentre outros, além de um planejamento de possíveis estratégias e atitudes a serem tomadas.

A Reforma Psiquiátrica não morreu, ainda existe e precisa da atuação desses atores para que não seja esquecida definitivamente. Mais do que nunca, deve acontecer a desinstitucionalização dessas pessoas que estão a mercê de uma sociedade preconceituosa.

Por fim, deveria ser inserido, na equipe multiprofissional, o sanitarista, haja vista que ele, assim como os outros profissionais, possui a capacidade e o preparo para contribuir com essa missão de mudar a trajetória da saúde mental no Distrito Federal.



## 8 REFERÊNCIAS

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Departamento de Psicologia, Universidade Potiguar (UnP). Natal (RN), 2009.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. **Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BEZERRA, Aline Patrícia dos Santos; et al. **Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?** Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2013.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Institui os serviços residenciais terapêuticos**.

BRASIL. Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. **Dispõe sobre a criação do serviço residencial terapêutico em saúde mental, da atividade profissional de cuidador em saúde, do grupo de procedimentos de acompanhamento de pacientes e do subgrupo de acompanhamento de pacientes psiquiátricos, do procedimento de residência terapêutica em saúde mental, dentre outros**.

BRASIL. Portaria nº 2.078/GM, de 31 de outubro de 2003. **Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De volta para casa”**.

BRASIL. Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005. **Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências.**

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Estabelece diretrizes e normas relacionadas ao bom desempenho no funcionamento das ações na área da saúde mental.**

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. **A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.**

BRASIL. Portaria nº 1.720, de 4 de outubro de 1994. **Institui o dia 10 de outubro de 1994 como o Dia Mundial da Saúde Mental pela Federação Mundial de Saúde Mental e pela Organização Mundial da Saúde.**

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Define que fica estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito é de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas transtorno mental ou com problemas voltados ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2016.** Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.**

CAPRARA, Andrea; LANDIM, Lucyla Paes. **Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2008.

CECCIM, RB. **Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva.** Boletim da saúde, 2002.

CORDEIRO Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Guia de direitos humanos loucura cidadã**. Salvador: AMEA, 2011.

FONSECA, Tania Mara Galli; JAEGER, Regina Longaray. **A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje**. Porto Alegre – RS: Revista Pólis e Psique, 2012.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Universidade de São Paulo (USP): Saúde e Sociedade, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. **O que é loucura**. 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

JÚNIOR, Benilton Bezerra. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACIEL, Silvana Carneiro; et al. **Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica**. Psico-USF, 2008.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. **Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil**. Florianópolis – SC: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2012.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. Ribeirão Preto – SP: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis - RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema Único de Saúde – Centro Cultural da Saúde. **Memórias da Loucura.** Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.* Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (PNH).** Brasília, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; PINTO, Isabela Cardoso Matos. **Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo.** Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2013.

PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. **A criminalização da loucura no mode terapêutico-punitivo-prisional dos hospitais de custódia e tratamento p** Marília – SP: Centro Universitário Eurípedes de Marília, 2013.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?** Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, 2014.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão** [filme]. Belo Horizonte. 1979.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **O processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos, et al. **Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde.** São Paulo: revista do NUFEN, 2012.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. **A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental.** Porto Alegre – RS: Revista Ciência & Saúde, 2009.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili**. São Paulo: Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 2010.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Manguinhos - Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde, 2002.

VENEZUELA. **Declaração de Caracas**, de 14 de novembro de 1990. 1990; 14 nov.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos**". *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):70-79.

YASUI, Silvio. **Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar**. Porto Alegre – RS: Revista Pólis e Psique, 2012.

## 9 ANEXO

### 9.1 Anexo 1: Parecer Consubstanciado CEP/IH

INSTITUTO DE CIENCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** A medida de segurança no Distrito Federal: interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia

**Pesquisador:** Érica Quinaglia Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 40056214.3.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências Humanas/UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.559.151

##### **Apresentação do Projeto:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

##### **Recomendações:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisa intitulada "A medida de segurança no Distrito Federal: interlocuções e desafios entre o

---

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3307-2760

**E-mail:** ihd@unb.br

**Endereço:** CAMPUS  
UNIVERSITARIO DARCY

RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOCÃO

# INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS / UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.559.151

Direito e a Psicologia", coordenada pela Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva, foi aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa no dia 26 de fevereiro de 2015. Esta pesquisa era uma continuidade de outra, intitulada "Saúde mental, Direito e Psicologia no âmbito da medida de segurança: interlocuções e desafios na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios", também aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa no dia 24 de junho de 2013. No dia 12 de maio de 2016, foi feita uma emenda às referidas pesquisas para pedir a prorrogação do prazo de realização das atividades previstas e a extensão delas a outros participantes envolvidos com a temática.

Entre outubro de 2013 e maio de 2014, foi realizada uma pesquisa quantitativa mediante a análise documental de todos os processos judiciais das pessoas que cumpriam medida de segurança no Distrito Federal, uma sentença aplicada a pessoas consideradas total ou parcialmente incapazes de entender a ilicitude do fato que cometeram.

Com o intuito de resgatar, para além dos dados quantitativos, dados qualitativos concernentes a essas pessoas, por meio de uma abordagem etnográfica, com observação participante e realização de entrevistas, a pesquisa estendeu-se à atenção às percepções dos sentenciados e de seus familiares sobre a vivência do encarceramento e do tratamento dispensado a eles.

O pedido ora analisado visa a alargar e aprofundar as pesquisas quantitativa e qualitativa já realizadas. Para além da análise dos processos judiciais e dos discursos dos sentenciados e de seus familiares, a pesquisadora propõe-se a investigar os posicionamentos tomados e os encaminhamentos dados pelo Estado, representado por juízes e profissionais da saúde que compõem a Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (VEP/TJDFT), no Poder Judiciário, pela diretora da Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDf), servidores da saúde e da segurança que atuam nessa instituição e defensores públicos, no Poder Executivo, e por procuradores da República e promotores de Justiça, no Ministério Público.

Ademais, a pesquisadora objetiva conhecer boas práticas concernentes à desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e ao encaminhamento delas a serviços substitutivos à internação em instituições com ideologia carcerária. Um exemplo exitoso de atuação no âmbito da medida de segurança, em conformidade com a lei da reforma psiquiátrica, é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), de Goiás, que, ao receber as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, as encaminha, entre outros, aos serviços residenciais terapêuticos, locais de moradia que permitem que haja um (novo) acolhimento pela sociedade. Um dos objetivos desta nova etapa da pesquisa é apresentar a importância da implantação do Serviço

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC º ALA NORTE º MEZANINO º SALA B1 º 606 (MINHOÇÃO)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br



# INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS / UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.559.151

Residencial Terapêutico no Distrito Federal.

Toda a documentação exigida por este Comitê de Ética em Pesquisa foi encaminhada e, posteriormente, avaliada e aprovada. Assim, como forma de resguardar a pesquisadora, bem como os participantes, este Comitê de Ética em Pesquisa emite novo parecer de aprovação da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_725794_E2.pdf	24/05/2016 17:37:38		Aceito
Outros	Parecer_2.pdf	12/05/2016 17:10:19	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Parecer_1.pdf	12/05/2016 17:09:40	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Entrevista_profissionais_novo.doc	12/05/2016 17:07:36	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Entrevista_usuarios_novo.doc	12/05/2016 17:06:51	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Imagem_usuarios_novo.doc	12/05/2016 17:05:52	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Imagem_profissionais_novo.doc	12/05/2016 17:04:34	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	TCLE_usuarios_novo.doc	12/05/2016 17:03:38	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	TCLE_profissionais_novo.doc	12/05/2016 17:02:25	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Aceite_SMS_novo.pdf	12/05/2016 17:00:53	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_novo.doc	12/05/2016 16:57:19	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Emenda_CEP_CHS.pdf	12/05/2016 16:45:50	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Parecer CEP.pdf	16/12/2014 17:32:33		Aceito
Outros	Carta de revisão ética.doc	16/12/2014 17:31:06		Aceito
Outros	Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz - familiares.doc	16/12/2014 17:29:55		Aceito
Outros	Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz - inimputáveis e semi-imputáveis.doc	16/12/2014 17:28:29		Aceito
Outros	Orçamento Financeiro.doc	16/12/2014 17:27:33		Aceito

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC º ALA NORTE º MEZANINO º SALA B1 º 606 (MINHOÇÃO)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

**INSTITUTO DE CIENCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS**



Continuação do Parecer: 1.559.151

Outros	Instrumento da Pesquisa Qualitativa.doc	16/12/2014 17:26:48		Aceito
Outros	Carta de Encaminhamento.doc	16/12/2014 17:26:01		Aceito
Outros	Cronograma.doc	16/12/2014 17:25:25		Aceito
Outros	Aceite institucional - Ofício TJDFT.pdf	16/12/2014 17:24:59		Aceito
Outros	Aceite institucional - Decisão TJDFT.pdf	16/12/2014 17:24:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - familiares.doc	16/12/2014 17:20:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - inimputáveis e semi-imputáveis.doc	16/12/2014 17:19:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A medida de segurança no Distrito Federal - interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia.doc	16/12/2014 17:19:08		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	16/12/2014 17:18:13		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 24 de Maio de 2016

---

**Assinado por:  
Lívia Barbosa  
(Coordenador)**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC º ALA NORTE º MEZANINO º SALA B1 º 606 (MINHOÇÃO)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br